

Antrag für die Abgabe eines Elektro-Pflegebettes

vom Patienten auszufüllen

Der/die Empfänger/in

Adresse:

PLZ/Ort:

Für eine schriftliche Abklärung einer allfälligen Kostenbeteiligung der Krankenkasse, IV, SUVA oder AHV/EL an der Miete Ihres Elektropflegebettes benötigen wir folgende Daten von Ihnen:

Geburtsdatum:

AHV-Nummer:

Erhalten Sie IV: ☐ Ja ☐ Nein

Ergänzungsleistungen: ☐ Ja ☐ Nein

Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

Haben Sie eine Zusatzversicherung abgeschlossen? ☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, bei wem:

Versicherungsnummer:

Ort/Datum:

Unterschrift (Antragsteller):
oder gesetzliche Vertretung

Den ausgefüllten und vom Arzt unterschriebenen Antrag bitte an uns zurücksenden:

Naropa Reha AG, Hauptstrasse 82a, 9422 Staad

Vom Arzt ausfüllen / unterzeichnen lassen

Mein behandelnder Arzt, Herr/Frau Dr. in bestätigt nachfolgend, dass das höhenverstellbare Elektropflegebett für meine Pflege/Gebrauch im privaten Wohnbereich eine Notwendigkeit bedeutet.

Der Arzt

Name/Vorname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Datum:

Unterschrift:

An die Antragsstelle:

Damit meine Pflege zu Hause möglich wird, benötige ich ein höhenverstellbares Elektropflegebett.

Ich bitte Sie, mir die Miete durch Ihre Übernahme der Kosten/Beteiligung an den Kosten zu ermöglichen.

Die Antragsstelle (von Krankenkasse, AHV/EL, IV auszufüllen):

Antrag genehmigt: ☐ Antrag abgelehnt: ☐

Begründung:

.....

.....

Ort/Datum:

Stempel/gültige Unterschrift: